Załącznik nr 3

do Zaproszenia

do składania ofert

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I OSOBOWYCH Z ZAMAWIAJĄCYM**

W związku z udziałem w postępowaniu prowadzonym przez Powiatowe Centrum Zdrowia   
sp. z o.o. zs. w Brzezinach (95-060) przy ul. M. Skłodowskiej – Curie 6 na wybór Wykonawców Przedsięwzięcia **na realizację projektu grantowego ze środków Krajowego Planu Odbudowy w ramach inwestycji D1.1.2. Przyspieszenie procesów transformacji cyfrowej ochrony zdrowia poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych w ochronie zdrowia (nabór konkurencyjny)**

**pn. „Cyfrowa transformacja Powiatowego Centrum Zdrowia w Brzezinach poprzez wdrożenie e-usług, digitalizację dokumentacji i wzmocnienie cyberbezpieczeństwa”,**

**na wdrożenie modułu do obsługi apteki szpitalnej i apteczek oddziałowych, zlecania leków i magazynu depozytowego,** oświadczam, że firma ……………………… ………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

*(podać nazwę i adres firmy)* nie jest podmiotem powiązanym z Zamawiającym osobowo   
lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane   
z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą, polegające   
w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika  
   z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia   
   w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

………….…………………………………………..

*(data i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)*